

(Aus der Universitäts-Nervenklinik Marburg a.d.L. [Direktor: Prof. Dr. Kretschmer].)

Über chronische lymphocytäre Meningitis mit Facialisläsion.

Von
Dr. G. Huisman.

(Eingegangen am 22. Februar 1944).

Bannwarth hat im Arch. f. Psychiatr. [113, 284—377 (1941)] 6 Fälle mitgeteilt, mit teils einseitiger, teils doppelseitiger Facialislähmung sowie starken Veränderungen im Liquor. Im Vordergrund stand eine sehr starke Pleocytose. Die größte Zellzahl betrug 3248/3, die geringste Zellzahl war 159/3. Auch das Gesamteiweiß war stark vermehrt. Die Mastixkurven zeigten bei 4 Kranken sehr tiefe Ausfällungen, meistens mit einer deutlichen Verschiebung des Kurvenmaximums nach rechts.

Einige Kränke klagten dabei über schmerzhafte Sensationen und zahlreiche sonstige Mißempfindungen im Rumpf und in den Extremitäten. *Bannwarth* deutete diese Erscheinungen als Reizerscheinungen sensibler Rückenmarkswurzeln.

Schließlich machte er darauf aufmerksam, daß die Intensität dieser Form von Meningitis nur in verhältnismäßig wenig neurologischen und allgemein medizinischen Symptomen zum Ausdruck kam. Besonders hatten auch bei diesen Kränken die klassischen Symptome der Meningitis, wie Kopfschmerzen, Nackensteifigkeit, Schwindel, Erbrechen und Bewußtseinstrübungen nach Vorgesichte und Befund dauernd gefehlt. Höhere Temperaturen hatten auch im Beginn des Nervenleidens scheinbar nie bestanden. Die Temperatur war bei der klinischen Beobachtung entweder normal, oder subfebril. Die hämatologischen Untersuchungen ergaben nur unwesentliche Abweichungen von der Norm. Die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit war in 2 Fällen in Ordnung, in den übrigen Fällen leicht bis mittelstark beschleunigt. Bei 2 älteren Kränken beobachtete *Bannwarth* eine vorübergehende Tachykardie, welche er durch eine flüchtige Mitschädigung des Vagus erklärte.

Bei den verschiedenen Kränken trat nur sehr langsam eine Heilung ein. Der krankhafte Liquorbefund blieb monatelang bestehen. Bei 3 Fällen bildeten sich die Gesichtslähmungen nur ganz allmählich wieder zurück. Bei einem anderen Fall, der nur 17 Tage beobachtet wurde, hatte sich die Lähmung in dieser relativ kurzen Zeit sehr gut zurückgebildet. Eine 8jährige Kranke wurde überhaupt erst wenige Tage nach Ausheilung der Gesichtslähmung zum erstenmal punktiert. Bei dem letzten Fall war die Facialislähmung nach einem Monat wieder völlig

ausgeheilt. Der Liquorbefund war aber noch immer krankhaft, hatte sich aber etwas gebessert.

Ätiologisch wurden die Fälle durch *Bannwarth* als allergisch-rheumatisch bedingt aufgefaßt. *Bannwarth* konnte fast in allen Fällen rezidivierende, bakterielle oder katarrhalische Erkrankungen nachweisen.

Da bis jetzt sehr wenig über dieses Krankheitsbild publiziert wurde, möchten wir jetzt einige ähnliche Fälle mitteilen.

Bei dem ersten Fall handelt es sich um einen 42jährigen Waldarbeiter, der am 28. 7. 43 in unsere Klinik zur Aufnahme kam. Aus der Vorgeschichte entnehmen wir folgendes:

Vor 4 Wochen habe er mittags bei der Arbeit Schmerzen im Rumpf und in den Armen bekommen. Er habe in den Armen ein stechendes Gefühl gehabt. Es sei manchmal wie Ameisenlaufen gewesen. Er habe dann bald die Arbeit eingestellt und habe sich in ärztliche Behandlung begeben. Hier sei er mit Einreibungen, Wärme und Tabletten behandelt worden. Nach 2 Wochen hätten die Schmerzen aufgehört. Er habe dann aber Schmerzen im Hinterkopf bekommen, die nach hinten und vorne ausgestrahlt hätten und bis ans Trommelfell gekommen seien.

Am 18. 7. 43 habe er dann die Augen nicht mehr gut schließen können. Auch sei die Sprache etwas erschwert gewesen und beim Trinken sei das Wasser aus dem Mund gekommen. Schluckbeschwerden seien nicht eingetreten. Dieser Zustand habe sich bis zu der Aufnahme nicht verändert. Er gab noch an, daß er sich in den letzten 3 Wochen allgemein schlapp und müde gefühlt habe und auch nicht mehr so gut schlafen konnte. Auch habe sein Appetit nachgelassen und er habe sehr abgenommen. Weitere Beschwerden wurden nicht angegeben.

Aus der Familienanamnese ist zu entnehmen, daß sein 79jähriger Vater durch Rheuma invalide ist.

Patient habe als Kind viel mit den Drüsen zu tun gehabt, sonst sei er eigentlich immer gesund gewesen. Auch nach intensivem Nachfragen konnten wir keine Anhaltspunkte finden für früher durchgemachte rheumatische Erkrankungen. Halsentzündungen habe er nicht gehabt.

Bei dem 1,72 m großen und 61,7 kg wiegenden Patienten fanden wir internistisch mit Ausnahme etwas vergrößerter Tonsillen einen regelrechten Befund. Die Blutsenkung betrug 5/10 mm nach Westergreen. Die Kahn- und Citocholreaktion im Blut war negativ. Im Blutbild betrug der Hämoglobingehalt 90%. Die Leukozytenzahl war mit 7600 nicht erhöht. Der Blutausstrich zeigte ein normales Bild.

Bei der neurologischen Untersuchung fanden wir eine beiderseitige schwere Facialislähmung, außerdem bestand eine leichte Schwäche des linken Nervus abducens. Die Austrittspunkte des Nervus occipitalis major sowie der supraclavikulären Nervenstämme waren druckempfindlich. Der sonstige neurologische Befund war regelrecht. Insbesondere konnten wir keine Nackensteifigkeit, Kernig, Brudzinski oder Kahnbauch nachweisen.

Kopfschmerzen, Brechreiz, Schwindelgefühl oder sonstige Symptome, die auf eine Beteiligung der Hirnhäute hätten hinweisen können, wurden nicht angegeben.

Am 30. 7. 43 wurde der Patient punktiert. Der Liquor war dabei deutlich opalescent. Wir fanden dabei zu unserem Erstaunen einen Zellwert von 1300/3 vorwiegend Lymphocyten. Der Gesamteiweißwert betrug 216 mg-%, davon Globuline 19 mg-%, Albumine 197 mg-%. Der Eiweißquotient betrug 0,1. In der Normomastixkurve fanden wir eine meningitisartige Kurve, wobei der Ausfall in der 6. Verdünnung am tiefsten war. Der Wassermann im Liquor war negativ. Genaue bakteriologische Untersuchungen im Liquor fielen negativ aus. Wir

behandelten den Patienten mit Eubasin- und Eigenblutinjektionen. Außerdem bekam der Patient laufend Betaxin. Wir konnten bald eine deutliche Besserung der Gesichtslähmung beobachten.

Am 17. 8. 43 wurde der Patient wieder punktiert. Wir fanden jetzt eine Zellzahl von 1385/3, wieder vorwiegend Lymphocyten. Der Gesamteiweißwert betrug 84 mg-%, davon Globuline 40 mg-%, Albumine 44 mg-%. Die Normomastixkurve hatte sich nicht gebessert. Patient fühlte sich völlig wohl. Sein Appetit war wieder ganz in Ordnung. Jegliches subjektives Symptom einer Meningenreizung fehlte.

Am 17. 9. 43 zeigte der Patient keine Spur mehr von seiner Facialislähmung. Auch subjektiv fühlte er sich wieder wie früher. Am 17. 9. 43 wurde der Patient abermals punktiert. Durch Blutbeimengung konnten wir die Zellzahl nicht bestimmen. Der Gesamteiweißwert war mit 116 mg-% noch immer stark vermehrt. Die Verteilung war folgendermaßen: Globuline 66 mg-%, Albumine 50 mg-%. In der Normomastixkurve war eine leichte Verschiebung nach links aufgetreten.

Am 26. 9. 43 wurde der Patient in Anbetracht seines Liquors als arbeitsunfähig entlassen. Während seiner ersten Beobachtungszeit hatte der Patient von 61,7 kg auf 67,8 kg zugenommen.

Am 11. 11. 43 kam der Patient zur Kontrolluntersuchung wieder in unsere Klinik. Er hatte sich in der Zwischenzeit ganz gesund gefühlt. Sein Gewicht hatte inzwischen zugenommen auf 73 kg.

A, 12. 11. 43 wurde er wieder punktiert. Das Ergebnis war jetzt 1000/3 Zellen wieder vorwiegend Lymphocyten. Das Gesamteiweiß betrug 96 mg-%, davon 48 mg-% Globuline und 48 mg-% Albumine. Die Normomastixkurve zeigte noch immer einen tiefen Ausfall, am tiefsten im dritten Röhrchen. Da der Patient sich sonst völlig leistungsfähig fühlte und er gerne wieder einige Arbeit verrichten möchte, schrieben wir ihn arbeitsfähig für leichte Innenarbeit. Wenn er aber Beschwerden bekommen sollte, müßte er die Arbeit sofort wieder einstellen.

Bei einem ähnlichen Fall handelt es sich um einen 16jährigen Schüler. Aus der Vorgeschichte entnehmen wir:

Der Patient hat schon immer viel mit Kopfschmerzen zu tun gehabt. Am 19. 6. 43 habe er ein weichgekochtes Entenei gegessen. In der nächsten Nacht bekam er dann einen Durchfall, der bis zum 24. 6. 43 angehalten habe. Fieber habe man nicht gemessen. In dieser Zeit sei er noch zur Schule gegangen. Nachdem man ihm am 24. 6. 43 Kohle gegeben hatte, hörte der Durchfall auf. Am 26. 6. 43, bekam er dann eine linksseitige Gesichtslähmung. Er kam am 26. 6. 43 ins Krankenhaus. Vorher habe er schon mehrere Wochen über Kopfschmerzen und über Schmerzen in der Gegend der Wirbelsäule geklagt. Die Schmerzen seien dabei öfter in die Intercostalräume ausgestrahlt. Etwa 14 Tage nach Beginn der Gesichtslähmung verschwand diese Parese wieder. Im Krankenhaus habe er auch wieder viel über Kopf- und Rückenschmerzen geklagt. Er habe da auch erheblich an Gewicht abgenommen. Bei einer dort durchgeföhrten Punktions wurde eine deutliche pathologische Mastixkurve im Sinne einer Meningitis festgestellt. Am 6. 8. 43 kam der Patient dann in unserer Klinik zur Aufnahme wegen Verdacht auf eine tuberkulöse Meningitis. Der 170 cm große Patient hatte bei der Aufnahme ein Gewicht von 45 kg. Patient sah im Gesicht blaß und abgespannt aus. Bei der internistischen Untersuchung konnten wir mit Ausnahme einer deutlichen Vasolabilität keinen sicheren pathologischen Befund erheben.

Der neurologische Befund war mit Ausnahme einer Druckempfindlichkeit infra- und supraorbital links, sowie supraorbital rechts negativ. Von einer Facialisparese war nichts mehr zu beobachten.

Die Blutsenkung war mit 3/9 mm nach Westergreen nicht beschleunigt. Das Blutbild zeigte einen Hämoglobinwert von 95%, sowie eine Leukocytenzahl von 9000. Der Blutausstrich war normal. Am 10. 8. 43 wurde der Patient punktiert. Das Ergebnis war: Zellen 428/3 vorwiegend Lymphocyten. Das Gesamteiweiß betrug 56 mg-%, davon Globuline 8 mg-%, Albumine 48 mg-%. In der Normomastixkurve fanden wir im Anfangsteil nur einen geringen Ausfall. Eine Untersuchung in der Augenklinik brachte einen völlig normalen Befund. Da der Verdacht eines tuberkulösen Prozesses geäußert worden war, wurden Röntgenaufnahmen der Lungen gemacht. Aus dem Befund ging hervor, daß man keinen Anhalt für einen aktiven spezifischen Prozeß finden konnten. Das Sputum war negativ. Wir behandelten den Patienten mit Eubasin, Eigenblutinjektionen, sowie mit einer Verabreichung von Betaxin.

Am 20. 8. 43 wurde der Patient wieder punktiert. Wir fanden diesmal 366/3 Zellen, wieder vorwiegend Lymphocyten, einen Gesamteiweißwert von 48 mg-%, davon 12 mg-% Globuline und 36 mg-% Albumine. Die Normomastixkurve war in das Bereich der Norm gekommen. Patient klagte aber noch immer über ziehende Schmerzen im Kopf und in der Wirbelsäulengegend. Er hatte aber etwas an Gewicht zugenommen.

Am 22. 9. 43 wurde der Patient abermals punktiert. Das Ergebnis war diesmal 65/3 Zellen, wieder vorwiegend Lymphocyten. Der Gesamteiweißwert betrug 36 mg-%, davon Globuline 12 mg-%, Albumine 24 mg-%. Die Normomastixkurve zeigte ein normales Bild.

Patient hatte inzwischen wieder etwas an Gewicht zugenommen, klagte aber noch immer über leichte Kopf- und ziehende Schmerzen in der Rückenpartie.

Am 3. 10. 43 wurde das Bild durch einen Herpes zoster in D. 6 rechts kompliziert. Infolge einer Abscedierung des Herpes zoster konnten wir den Patienten erst wieder am 22. 10. 43 punktieren. Die Zellzahl betrug noch immer 69/3, wieder vorwiegend Lymphocyten. Das Gesamteiweiß war inzwischen auf 26 mg-% heruntergegangen. Die Verteilung war: Globuline 4 mg-%, Albumine 22 mg-%. Die Mastixkurve war regelrecht. Da der Patient nur noch über wenige Allgemeinbeschwerden klagte, wurde er nach Hause entlassen, sollte sich dann in 6 Wochen wieder vorstellen.

Der Tierversuch im Liquor auf Tuberkulose, sowie die sonstigen bakteriologischen Untersuchungen, stellten sich als negativ heraus. Bei der Entlassung hatte der Patient ein Gewicht von 51,1 kg erreicht.

Am 10. 12. 43 führten wir eine Kontrollpunktion durch. Das Ergebnis war: 19/3 Zellen. Das Gesamteiweiß betrug 22 mg-%, davon Globuline 4 mg-% und Albumine 18 mg-%. Die Normomastixkurve war wieder völlig regelrecht. Patient hatte sich in der Zwischenzeit völlig gesund gefühlt, so daß wir ihn jetzt als geheilt entlassen konnten.

Als dritten Fall möchte ich noch kurz einen 55jährigen Patienten beschreiben mit dem gleichen klinischen Verlauf, bei dem aber der typische ausgeprägte Liquorbefund fehlte. Zuerst klagte der Patient über „rheumatische“ Beschwerden im linken Oberarm, die sich im Juli 1943 bemerkbar machten. Nach ein paar Tagen bekam er auch Schmerzen in den beiden Schultern, die sich später nach dem Nacken, nach der Schlafengegend und hinter die Ohren zogen. Am 13. 8. 43 merkte er dann eine Lähmung der linken Gesichtshälfte, die sich darin äußerte, daß beim Trinken das Wasser aus dem Mund lief. Am nächsten Tag trat auch eine Lähmung der rechten Gesichtshälfte ein. Patient wurde ambulant mit Elektrisieren, Kurzwellen und Betaxin behandelt. In den ersten Wochen des Septembers habe er noch rheumatische Schmerzen gehabt. Diese seien aber allmählich zurückgegangen.

Am 23. 9. 43 folgte die Aufnahme in unsere Klinik. Er gab noch an, daß er seit seiner Krankheit 20 Pfd. an Gewicht abgenommen habe. Auch habe er

sich in der letzten Zeit schlapp gefühlt. Aus der Vorgesichte ist noch zu entnehmen, daß er wiederholt eine Angina durchgemacht hat. 1935 habe er daran anschließend Ischias gehabt, der nach einigen Monaten wieder rezidierte. Bei der Aufnahme war der internistische Befund regelrecht, nur die Tonsillen waren vergrößert. Die Blutsenkung betrug 4/13 mm nach Westergreen. Das Blutbild zeigte einen Hämoglobinvwert von 95%, sowie eine Leukozytenzahl von 5600. Der Blutausstrich brachte ein normales Bild. Neurologisch fanden wir eine schwere doppelseitige Facialislähmung.

Am 28.9.43 punktierten wir den Patienten. Im Liquor fanden wir: 12/3 Zellen, davon 11 Lymphocyten. Der Gesamteiweißwert betrug 60 mg-%, davon 48 mg-% Globuline, 12 mg-% Albumine. In der Mastixkurve fanden wir einen mitteltiefen Ausfall, am tiefsten im vierten Röhrchen.

Die luesspezifischen Reaktionen waren sowohl im Liquor wie im Blut negativ. Wir behandelten den Patienten mit Betaxin, Kurzwellen, Schwitzpackungen, Galvanisieren und Massage. Eine wesentliche Besserung trat auf diese Behandlung hin ein. Patient wurde dann auf eigenen Wunsch entlassen, wodurch wir ihn nicht weiter beobachten konnten.

Vergleichen wir diese 3 Fälle, dann fällt die sehr große Ähnlichkeit im klinischen Verlauf auf. Alle 3 Patienten klagten erst über allgemeine „rheumatische“ Beschwerden. Außerdem nahmen sie in dieser Zeit deutlich an Gewicht ab und fühlten sich körperlich wenig leistungsfähig. Nach diesem Vorstadium trat dann immer eine Gesichtslähmung ein. Meningitische Beschwerden wurden dabei niemals angegeben. Bei der Lumbalpunktion fanden wir dann zu unserem Erstaunen, gerade in den beiden ersten Fällen, schwere pathologische Veränderungen, die im völligen Widerspruch mit dem subjektiven Befinden der Patienten waren.

Bei dem ersten Fall konnten wir eine schnelle Heilung der doppelseitigen Gesichtslähmung beobachten. Der Liquorbefund blieb aber auch nach mehreren Monaten noch deutlich pathologisch, so daß hier mit Recht von einer chronischen lymphocytären Meningitis gesprochen werden kann.

Bei dem zweiten Fall war die Gesichtslähmung bei der Klinikaufnahme nicht mehr vorhanden. Es zeigte sich aber auch dabei ein deutlicher pathologischer Liquorbefund, der sich auch erst im Laufe mehrerer Monate besserte. Auch hierbei war wieder der große Gegensatz zwischen objektivem Befund und subjektivem Befinden auffallend.

Bei dem dritten Fall war der klinische Verlauf identisch mit den beiden anderen Fällen, nur fehlte hier die Zellvermehrung im Liquor, während der Gesamteiweißwert deutlich pathologisch verändert war. Dieser Unterschied mit den ersten beiden Fällen ist vielleicht dadurch bedingt, daß der Prozeß schon einige Monate bestand und die Zellzahl inzwischen zurückgegangen ist, oder daß eine individuelle Reaktionsweise hierbei eine Rolle gespielt hat. Auch muß noch an die Möglichkeit eines Syndroms nach Guillain-Barré gedacht werden.

Ätiologisch sind meines Erachtens, ebenso wie schon *Bannwarth* behauptete, diese Erkrankungen als allergisch-rheumatisch bedingt aufzufassen. Auch hier konnte ein lebender Erreger nicht nachgewiesen werden. Der erste Fall, der von Beruf Waldarbeiter ist, stand in seinem Beruf wiederholt Noxen aus, die zu einer rheumatischen Erkrankung führen können, insbesondere viel Schwitzen und Abkühlen. Bei dem zweiten Fall könnte man das fremde Eiweiß im Enteini als auslösenden Faktor zu einer allergischen Reaktion betrachten.

Im dritten Fall konnten wir in der Vorgeschichte wiederholte rheumatische Beschwerden nachweisen.

Wie aus diesen Beobachtungen hervorgeht, ist es daher dringend geraten, in Zweifelsfällen jede Facialislähmung zu punktieren, da man sonst Patienten als klinisch geheilt entlässt, die einen erheblichen pathologischen Liquorbefund haben und weiterer Überwachung bedürfen.

Zusammenfassung.

Es wurden einige Fälle von chronischer lymphocytärer Meningitis beschrieben, wobei das wenig gestörte subjektive Befinden in großem Widerspruch stand mit dem schwer pathologischen Liquorbefund. Als klinisches Hauptsymptom trat die Facialislähmung hervor.

Die Krankheit wurde als allergisch-rheumatisch bedingt aufgefaßt, wie schon durch *Bannwarth* betont wurde.